

办公专用 (For Office Use Only)	
Date Application Received:	
Enrollment Start Date:	
Intake Specialist/Staff:	
Additional Information:	



DYCD 普通参与者收录：青少年与成人申请

欢迎来到青少年与社区发展局 (DYCD)! DYCD 是纽约市一家资助青少年与家庭项目的机构。这些项目由社区组织 (CBO) 运营。您或您的孩子可通过本表格申请加入 DYCD 综合课外系统 (COMPASS)、Beacon 或 Cornerstone 青少年或成人项目。请详细填写本表格并交给运营此项目的 CBO。每地每人只能申请一次。提交申请不能保证一定会加入项目。可能需要更多文件和信息才能确定项目资格。如果申请被接受，参与者可免费加入项目。仅出于信息和项目规划目的收集下列申请内容：收入、性别、种族、民族、语言、人口类型、家庭信息与医疗保险状态。回答这些问题不会影响您享受服务的资格，并且未经申请者许可不会透露给 DYCD 以外各方。

第一部分：申请者信息		
<input type="checkbox"/> 我为自己填写这份申请 <input type="checkbox"/> 我是父母或监护人，为孩子填写这份申请 <input type="checkbox"/> 我是亲属/非亲属，代表申请者填写这份申请 就本申请而言，申请者是指申请接受服务的个人。选择一项：		
申请者名字：	申请者姓氏：	MI：
申请者出生日期 (年/月/日)：		
申请者性别 (选择一项)： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 非常规性别	申请者种族 (选择所有适用项)： <input type="checkbox"/> 美洲印第安人和阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚洲人 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民和其他太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人或高加索人 <input type="checkbox"/> 其他	申请者民族 (选择一项)： <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁美裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉丁美裔
申请者主要地址 (街道和门牌号)：		公寓 房间号：
城市：		邮编：
<input type="checkbox"/> 申请者居住的纽约房屋委员会住宅小区 (请提供名称) _____		

第二部分：联系信息

申请者联系信息

对于没有联系信息的青少年，跳到下部分，直接提供父母/监护人的联系信息

写下申请者的电话号码并圈出首选联系方式：

- 住宅 _____ 手机 _____
 工作 _____ 电子邮件 _____ 无电子邮件

父母/监护人信息

未满 18 周岁的申请者需要填写此部分

父母/监护人姓名： _____

写下所有电话号码并圈出紧急情况下拨打的首选电话号码：

- 住宅 _____ 手机 _____
 工作 _____ 电子邮件 _____ 无电子邮件

地址： _____ 城市： _____ 州： _____ 邮编： _____
 与参与者相同

紧急联系信息

必须指定至少一位紧急联系人

紧急联系人 1 姓名： _____ 与参与者的关系： _____
 紧急联系人是参与者的父母/监护人

写下所有电话号码并圈出紧急情况下拨打的首选电话号码：

- 住宅 _____ 手机 _____
 工作 _____ 电子邮件 _____ 无电子邮件

地址： _____ 城市： _____ 州： _____ 邮编： _____
 与参与者相同

紧急联系人 2 姓名： _____ 与参与者的关系： _____
 紧急联系人是参与者的父母/监护人

写下所有电话号码并圈出紧急情况下拨打的最佳电话号码：

- 住宅 _____ 手机 _____
 工作 _____ 电子邮件 _____ 无电子邮件

地址： _____ 城市： _____ 州： _____ 邮编： _____
 与参与者相同

本部分用于为孩子注册的父母/监护人

除非另有说明, 否则授权第二部分列出的紧急联系人接送我的孩子。
授权下列其他人员接送我的孩子。

姓名: _____ 电话号码: _____ 关系: _____

姓名: _____ 电话号码: _____ 关系: _____

姓名: _____ 电话号码: _____ 关系: _____

下列人员不能接送我的孩子:

姓名: _____ 姓名: _____ 姓名: _____

第三部分: 申请者教育/工作状态

申请者教育状态 (选择一项):

全日制学生*** 非全日制学生*** 不上学****

***如果申请者是非全日制学生或全日制学生: 选择申请者的目前年级 (选择一项):

****如果申请者不上学: 选择申请者完成的最后一个年级 (选择一项):

小学: 学前预备班 学前班 一年级 二年级 三年级 四年级 五年级

中学: 六年级 七年级 八年级

高中: 九年级 十年级 十一年级 十二年级

社区学院: 一年 二年 三年 四年 五年 六年以上

学院/大学: 大一 大二 大三 大四

其他: 高中同等学历 (HSE) 职业/中等专业学校 国外学位

申请者目前工作状态 (选择一项):

全职工作 兼职工作 退休
 失业 (短期、六个月或以下) 失业 (长期、六个月以上) 失业 (非劳动力人口)
 流动季节性农场工人 不适用 (申请者未满 14 周岁)

全日制学生需要填写

学生 ID/OSIS:

学校类型:

公立 特许 私立 其他 _____

学校名称:

学校地址:

城市:

邮编:

第四部分：健康信息

申请者的健康信息

请回答下列问题并在提供的空白处提供更多详情。
许多需求或健康问题均可得到满足并且不会限制项目注册。

申请者是否患有过敏症？（食物、药物等）

否 是 _____

申请者是否患有哮喘？

否 是

申请者是否有特殊医疗保健需求？

否 是 _____

申请者是否因某种病症或疾病服药？

否 是 _____

是否有申请者无法参加的活动？

否 是 _____

请提供任何其他健康信息：

不适用

请列出您为自己/申请者请求的任何便利条件：

不适用

申请者的健康保险状态

申请者是否享有健康保险？（选择一项）：

是 否
 拒绝回答

如果是，申请者拥有哪种健康保险？
（勾选所有适用项）：

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 医疗补助计划 | <input type="checkbox"/> 老年人保健医疗计划 | <input type="checkbox"/> 国家儿童健康保险计划 |
| <input type="checkbox"/> 职业移民 | <input type="checkbox"/> 直购 | <input type="checkbox"/> 面向成人的国家儿童健康保险 |
| <input type="checkbox"/> 军人医疗保险 | <input type="checkbox"/> 拒绝回答 | |

如果您没有健康保险，是否希望其他人联系您并为您提供有关注册公共健康保险的信息？（选择一项）：

是 否 拒绝回答

如果您希望其他人联系您注册公共健康保险，首选联系方式是什么？（选择一项）：

- 电子邮件 电话 美国邮件 通过提供商
 拒绝回答

第五部分：申请者其他信息

申请者英语熟练程度如何？（选择一项）：

- 流利/非常好
- 好
- 不好
- 非常不好

申请者的首选语言（选择一项）：

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 英语 | <input type="checkbox"/> 阿尔巴尼亚语 | <input type="checkbox"/> 阿拉伯语 |
| <input type="checkbox"/> 孟加拉语 | <input type="checkbox"/> 中文* | <input type="checkbox"/> 法语 |
| <input type="checkbox"/> 富拉尼语 | <input type="checkbox"/> 德语 | <input type="checkbox"/> 古吉拉特语 |
| <input type="checkbox"/> 海地克里奥尔语 | <input type="checkbox"/> 希伯来语 | <input type="checkbox"/> 北印度语 |
| <input type="checkbox"/> 匈牙利语 | <input type="checkbox"/> 意大利语 | <input type="checkbox"/> 日语 |
| <input type="checkbox"/> 韩语 | <input type="checkbox"/> 克鲁语、伊博语或约鲁巴语 | <input type="checkbox"/> 曼丁哥语 |
| <input type="checkbox"/> 旁遮普语 | <input type="checkbox"/> 波斯语 | <input type="checkbox"/> 波兰语 |
| <input type="checkbox"/> 葡萄牙语 | <input type="checkbox"/> 罗马尼亚语 | <input type="checkbox"/> 俄语 |
| <input type="checkbox"/> 西班牙语 | <input type="checkbox"/> 塔加拉族语 | <input type="checkbox"/> 土耳其语 |
| <input type="checkbox"/> 乌尔都语 | <input type="checkbox"/> 越南语 | <input type="checkbox"/> 意第绪语 |
| <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | |

*包括普通话和粤语

申请者使用的其他语言（选择所有适用项）：

- | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 英语 | <input type="checkbox"/> 阿尔巴尼亚语 | <input type="checkbox"/> 阿拉伯语 |
| <input type="checkbox"/> 孟加拉语 | <input type="checkbox"/> 中文* | <input type="checkbox"/> 法语 |
| <input type="checkbox"/> 富拉尼语 | <input type="checkbox"/> 德语 | <input type="checkbox"/> 古吉拉特语 |
| <input type="checkbox"/> 海地克里奥尔语 | <input type="checkbox"/> 希伯来语 | <input type="checkbox"/> 北印度语 |
| <input type="checkbox"/> 匈牙利语 | <input type="checkbox"/> 意大利语 | <input type="checkbox"/> 日语 |
| <input type="checkbox"/> 韩语 | <input type="checkbox"/> 克鲁语、伊博语或约鲁巴语 | <input type="checkbox"/> 曼丁哥语 |
| <input type="checkbox"/> 旁遮普语 | <input type="checkbox"/> 波斯语 | <input type="checkbox"/> 波兰语 |
| <input type="checkbox"/> 葡萄牙语 | <input type="checkbox"/> 罗马尼亚语 | <input type="checkbox"/> 俄语 |
| <input type="checkbox"/> 西班牙语 | <input type="checkbox"/> 塔加拉族语 | <input type="checkbox"/> 土耳其语 |
| <input type="checkbox"/> 乌尔都语 | <input type="checkbox"/> 越南语 | <input type="checkbox"/> 意第绪语 |
| <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | |
| <input type="checkbox"/> 不适用（申请者只会一种语言） | | |

*包括普通话和粤语

申请者是否希望接收有关选民登记的信息/其他人联系自己？**

（选择一项）：

- 是 否

**下列情况下，申请者有资格在美国联邦选举中投票：

- 1) 您是美国公民；
- 2) 您符合所在州居住要求；
- 3) 您已满 18 周岁。某些州允许在大选之前将达年满 18 周岁的 17 周岁个人在初选中投票/或进行选民登记。查看您所在州的选民登记年龄要求。

申请者是否是：

- | | |
|-----------|---|
| 父母/法定监护人？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 罪犯/涉及审判？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 寄养参与者？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 离家出走青少年？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 退伍军人？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 现役军人？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 残障人士？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 拒绝回答 |

如果申请者是残障人士，请选择残障类型（选择所有适用项）：

- 认知障碍
- 听力相关
- 学习障碍
- 心理或精神
- 身体/慢性疾病
- 身体/移动障碍
- 视力相关
- 其他：_____
- 拒绝回答

第六部分：家庭信息

就下组全部问题而言，**家庭**的定义是作为一个经济单位生活在一起的任何个人或人群组（家庭或非家庭成员）。**收入**的定义是家庭内所有年满 18 周岁的家庭和非家庭成员的全年总收入之和。

申请者生活的家庭由谁负责

(选择一项)：

- 单身母亲
 单身父亲
 单身 - 没有孩子
 没有亲属关系的成人，有孩子
- 两个成人 - 没有孩子
 双亲家庭
 多代家庭
 其他：_____

申请者住宅类型 (选择一项)：

- 自有 租赁 纽约房屋委员会
 收容所 无家可归
 其他永久住宅
 其他：_____

申请者的家庭人口 (选择一项)：

- 一人 两人 三人
 四人 五人 六人
 七人 八人 九人
 十人 十一人 十二人
 十三人 十四人 十五人
 十六人 十七人 十八人
 十九人 二十人以上

过去 12 个月的家庭总收入 (选择一项)：

- 0 美元 1 美元 - 12,060 美元 12,061 美元 - 16,240 美元
 16,241 美元 - 20,420 美元 20,421 美元 - 24,600 美元 24,601 美元 - 28,780 美元
 28,781 美元 - 32,960 美元 32,961 美元 - 37,140 美元 37,141 美元 - 41,320 美元
 41,321 美元 - 50,000 美元 50,001 美元 - 60,000 美元 60,001 美元 - 70,000 美元
 70,001 美元 - 80,000 美元 80,001 美元 - 90,000 美元 90,001 美元 - 100,000 美元
 100,000 美元以上 拒绝回答

申请者家庭收入的来源 (选择所有适用项)：

- 工作工资 平价医疗法案补贴 赡养费或其他配偶赡养费 子女赡养费
 幼儿保育券 收入所得税抵免 (EITC) 雇佣税抵免 一般援助
 住房选择券 HUD-VASH LIEHEAP 退休金
 永久支持性住房 私人伤残保险 公共住房 安全保障/家庭救济
 社会保险退休收入 社会保险伤残收入 (SSDI) 附加保障收入 (SSI) 补充营养援助计划 (SNAP)
 贫困家庭临时救助 (TANF) 失业保险 VA 非服役相关伤残抚恤金 VA 服役相关伤残抚恤金
 WIC 工伤赔偿金 其他：_____

拒绝回答

第七部分：同意书和签名

接送信息

为孩子注册的父母/监护人必须回答此问题

我的孩子在放学时可以独自回家：

是 否

参与同意书

据我所知，上述信息真实正确。我同意对上述信息予以核实，并了解造假可能成为终止服务的理由。纽约市可能使用提供的信息来改善城市服务和获得这些服务，以及获得额外资金。

如果参与者年满 18 周岁：

本人确认自己年满 18 周岁并得到授权提供同意书。

是 否

参与者的签名

参与者：印刷体姓名

日期

如果参与者未满 18 周岁：

父母/监护人的签名

父母/监护人：印刷体姓名

日期

急救同意书

如果参与者年满 18 周岁

本人已注册为 DYCD 所资助项目的参与者。如果发生紧急医疗情况，本人特此同意对自己进行必要急救。本人进一步授权联系列出的紧急联系人。

是，我同意 否，我不同意

参与者的签名

参与者：印刷体姓名

日期

如果参与者未满 18 周岁：

本人的孩子已注册为 DYCD 所资助项目的参与者。如果发生紧急医疗情况，本人特此同意对我的孩子进行必要急救，并了解贵方会尽快通知我。本人了解贵方会在提供医疗护理之前和之后尽力联系我，或如果联系不到我，会尽力联系列出的紧急联系人。

是，我同意 否，我不同意

父母/监护人的签名

父母/监护人：印刷体姓名

日期

原创作品拍照/摄像即使用同意书

作为已注册 DYCD 所资助项目的参与者，请知晓 DYCD 和纽约市、特约提供商、授权代理、合作第三方组织或其他行政机关、代表（统称“授权方”）可能不时出席项目活动以及与项目服务有关的特殊活动，无论是常规项目地点的活动还是地点外活动。在某些情况下，他们可能拍照、摄像、访谈或以其他方式记录这些项目的参与者及其家人与朋友。可能会以诸如手册、书籍、印刷和电子邮件新闻、DVD 和视频、网站、社交媒体和博客（统称“媒体”）等印刷和电子媒体形式在有或没有参与者姓名的情况下使用产生的图像、视频和访谈录。

本人特此授权并允许授权方在 DYCD 所资助项目活动和特殊活动期间对我和我孩子的图像、姓名、肖像和声音进行拍照和/或录像，且不需提供报酬和获得进一步许可，并且我特此同意授权方将产生的图像、视频和访谈录以任何及全部媒体形式专门用于非营利、非商业目的，且不需提供报酬和获得进一步许可。

是 否

在 DYCD 所资助项目的活动和特殊活动过程中，如果我或我的孩子创作了诸如绘画、音乐、舞蹈、诗歌或散文（统称“原创作品”）等任何原创作品，我特此同意授权方以任何与全部媒体形式将此类原创作品专门用于非营利、非商业目的，且不需提供报酬和获得进一步许可。

是 否

如果参与者年满 18 周岁：

本人确认自己年满 18 周岁并得到授权提供同意书。

是 否

参与者的全名

参与者的签名

日期

如果参与者未满 18 周岁：

参与者的全名

父母/监护人的签名

日期



父母/监护人对收集和分享学生信息的同意书

作为其使命的一部分，青少年与社区发展局 (DYCD) 为此项目提供资金，从而帮您协助孩子发挥自己的全部潜力。我们的很多项目由社区组织运营。我们努力确保您与您孩子接受的服务具有最高品质。DYCD 请求您允许我们收集我们所需的与您孩子、其参与以及所提供服务的品质有关的信息。

DYCD 需要您孩子学生记录中的哪些信息？

我们请求您允许 NYC 教育局 (DOE) 将您孩子学生记录中的个人信息分享给 DYCD。我们要收集的信息包括简历和注册信息（具体包括您孩子的姓名、地址、出生日期、学生证号、年级、就读学校和您孩子的转学、开除和毕业数据）；与您孩子上课出勤有关的数据（包括出勤和缺勤天数）；以及学习成绩数据（包括您孩子的州和全国考试成绩、修得学分、年级、升级和留级状态和体能测试得分）；以及与您孩子所受纪律处分有关的数据（包括次数和暂令停学类型）。

我们请求在过去、现在和将来（即持续）收集有关您孩子的上述信息。

我们还请求您同意 DYCD 将从您和/或您孩子提交的注册表上收集的信息分享给 DOE 工作人员。此信息包括登记信息、学生的兴趣和挑战、注册的项目类型和参与频率。此信息将用于帮助学校和社区组织共同合作以满足您和您孩子的需求。

谁会看到我孩子的信息以及如何保证信息安全？

只有管理数据系统和准备研究报告及项目分析的 DYCD 和 DOE 工作人员能够看到您孩子的个人信息。将会筛选有限数量的接收个人信息的 DYCD 工作人员，并为其提供大量培训，以确保其遵守严格准则，从而对您或您孩子个人身份的信息保密。DOE 和 DYCD 之间仅会通过电子方式分享从学生记录收集的个人信息并且会在 DYCD 数据库中保证这些信息的安全。我们不会与任何社区组织或其工作人员分享个人信息。我们不会在发布的任何报告中使用您的姓名或您孩子的姓名。虽然我们请求您的同意，但您对下列请求的回答不会影响您孩子参与 DYCD 赞助的项目。

请对下列每个表述勾选“是”或“否”。

本人了解 DYCD 为何请求我同意其访问我孩子学生记录的上述信息，并且我同意 DOE 持续将此信息分享给 DYCD。

是，我同意 否，我不同意

我了解 DYCD 为何请求我同意其与 DOE 工作人员分享 DYCD 收集的有关我孩子的信息，并且我同意 DYCD 持续将此信息分享给 DOE。

是，我同意 否，我不同意

学生/申请者姓名: _____

父母/监护人姓名: _____

父母/监护人签名: _____ 日期: _____

其他父母/监护人姓名 (可选): _____

其他父母/监护人签名 (可选): _____

父母对参加课外评估数据收集的同意书（仅限 SONYC 和 COMPASS High 参与者）

尊敬的家长：

您的孩子已注册青少年与社区发展局 (DYCD) 支持的课外项目。美国研究院 (AIR) 正在对属于 COMPASS 的课外项目进行研究。为了监督这些项目的有效性和确保其将来取得成功，DYCD 及其评估合作伙伴 AIR 正在收集与参与者及其在课外项目中体验有关的信息，尤其是有关青少年领导力发展的信息。此项目已获得教育局 (DOE) 的批准。AIR 将视察部分课外项目并调查其工作人员以及青少年及其家人，以便详细了解 DYCD 课外项目以及如何改进。

我们请求家长允许执行下列研究活动：

- 对孩子进行 10 分钟的调查，询问他们所参加的 DYCD 课外项目及其对此课外项目中青少年领导力发展的看法
- 邀请孩子参加 45 分钟的小组讨论和/或访谈，探讨有关其参加的 DYCD 课外项目，重点谈论他们在课外项目中的体验以及对青少年领导力发展的看法

AIR 还可能从纽约市教育局收集和分析您孩子的学校记录，包括人口数据、上课日出勤、纪律处罚、升级和学习成绩数据（例如考试分数和年级）。这些数据为匿名并且完全保密。这些数据将在学校层面合并，并且我们无法将这所学校的信息与各个孩子或其家庭相联系。

我们收集的任何信息仅会用于评估 DYCD 课外项目并且不会公开。只有 AIR 评估团队的成员有权访问此信息。选择不参加此评估不会影响孩子上学、参加课外项目或以任何其他方式影响孩子。我们在任何报告中均不会使用您的姓名或您孩子的姓名。参加此研究没有任何已知风险。参与为自愿，且参与者可随时退出。如对研究有疑问，请通过电话 (312-588-7341) 或电子邮件 (jnewman@air.org) 联系 Jessica Newman。

如对孩子作为参与者的权利有任何疑问或疑问，请联系 AIR 的机构审查委员会（其负责保护项目参与者），联系方式为访问 IRB@air.org，拨打免费电话 1-800-634-0797，或者寄信至 IRB, 1000 Thomas Jefferson St. NW, Washington, DC 20007。

翻页以填写并签字→

父母对参加课外评估数据收集的同意书

请从下列选项中选择：

- 是，本人同意我的孩子_____参加下列AIR 数据收集活动：
- 本热的孩子可完成有关青少年领导力发展的AIR 调查。
- 本人的孩子可参加小组讨论和访谈，探讨其在课外项目的体验及其对青少年领导力发展看法。
- 此外，本人希望接收有关DYCD 课外项目评估的短信更新。AIR 可就将来的自愿调查给我发送短信。本人了解可能使用标准消息规则，并且我可随时取消。
- 否，本人不希望我的孩子_____参加AIR 数据收集活动。

签名

日期

录音同意书

如果您同意孩子参加小组讨论和访谈，AIR 研究人员可能会对学生小组讨论和访谈录音以便做笔录。如果您允许AIR 对小组讨论和访谈录音，请在下方签名。研究团队以外的任何人均不会听到此录音，并且当研究结束时，录音将被删除。学生可随时请求关闭录音机。

- 是，本人允许在小组讨论和访谈时对我的孩子录音。
- 否，本人不允许在小组讨论和访谈时对我的孩子录音。

签名

日期

如对评估有任何疑问或疑虑，请通过电话 (312) 588-7341 或电子邮件 jnewman@air.org 联系 AIR 项目经理 Jessica Newman。如对 DYCD 课外项目有任何疑问，请访问 DYCD Youth Connect <http://www1.nyc.gov/site/dycd/connected/youth-connect.page> 或致电 1-800-246-4646。



东西学校虎多力 SONYC 项目

家长/监护人同意书

1. 我理解并且同意虎多力 SONYC 项目不对任何我的孩子在郊游中由于不听老师指示所发生的事件负责。
2. 我理解并且同意我的孩子将参加由 SONYC 项目所提供的课外郊游。并且，虎多力 SONYC 项目不对任何我的孩子在郊游中由于不听老师指示所发生的事件负责。
3. 我理解这份同意书将从我在这份表格上签字之时开始生效并且将被虎多力 SONYC 项目保存只要我的孩子被课后辅导班录取。

学生 / 申请者姓名

年级

家长/监护人姓名

家长/监护人签名

日期



紧急情况信息表

参加者基本医疗信息			
参加者姓名:		出生日期:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
地址:			
项目接受日期:		项目结束日期:	
过敏: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不 如果选是的话, 请列明对什么过敏: 对于那些在过去 12 个月或更长时间里有慢性疾病, 发展中的, 行为或情绪情况的需要特别卫生保健的小孩, 还有需要超过此种类型的相关卫生保健的小孩。请与你们的儿童保健提供者详细洽谈。			
家庭医生姓名:		联系电话:	
牙医姓名:		联系电话:	
医院/医疗机构:		联系电话:	
保险提供者:		保单号:	
紧急联系数据			
联系者姓名	关系	联系电话	是否被授权接孩子? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不
同意			
我同意让我的孩子参加这个机构并且已经接受了关于医疗, 费用, 交通和其他此机构提供的服务和在此机构下运营的儿童办公室以及家庭服务规则的建议。 我同意我的孩子参加远离机构但是在适当监督下的社区课外郊游(例如: 图书馆, 公园, 操场) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不 万一发生意外和受伤, 我授权任何的所有的紧急医疗, 牙科, 和/或外科手术和由医疗提供者(如上所列)的住院治疗建议以确保我孩子的健康。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不 我已经提供了关于我小孩的特别需求信息(过敏, 节食, 残疾, 和/或医疗信息)给提供者, 这也许能够帮助此机构适当的照顾我的孩子万一发生紧急情况。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不 我同意更新这些信息当任何改变发生的时候至少每六个月一次 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不			
家长/监护人签名			日期: